



LICENCIA FEDERATIVA Nº
Federación Insular de

Club:
Categoría Club:

Estamento: <i>(marcar con una X)</i>				
Luchador	Mandador	Directivo	Árbitro	Federativo

Nombre y Apellidos:		
DNI nº	Fecha nacimiento:	
Categoría:	Clasificación:	
Domicilio:		
Localidad:	Código Postal:	
Teléfono	Móvil	Fax
e-mail		

Solicito de la Federación de Lucha Canaria extensión de la licencia federativa para la práctica de la Lucha Canaria, de acuerdo con los reglamentos correspondientes que declaro conocer, obligándome a Luchar por este Club en tanto no solicite renovación de licencia por otro. Asimismo autorizo a la Federación de Lucha Canaria para utilizar mis datos a los solos fines de efectos deportivos (Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal).

En _____ a _____ de _____ de _____

El Secretario del Club	Sello	El Interesado
------------------------	-------	---------------

RECONOCIMIENTO MÉDICO		
Nombre y apellidos:		
Edad:	Peso:	Altura:
Ha sido reconocido por mí, en el día de la fecha, considerándolo apto para la práctica de la Lucha Canaria.		
Fecha:	El Doctor,	
	Fdo.	
	Nº Colegiado:	



AUTORIZACIÓN PARA MENORES DE 18 AÑOS

Autorizo a mí _____ para la práctica de la Lucha Canaria, cuyos reglamentos declaro conocer.

En _____, a _____ de _____ de _____.

El _____

Fdo. _____

AUTORIZACIÓN PATERNA PARA LUCHAR EN CATEGORÍA SUPERIOR

D. _____ en calidad de (*padre o titular*) _____

declaro por la presente autorizar a mi (*hijo/a*) _____

para la práctica de la Lucha Canaria en encuentros de este deporte.

En _____, a _____ de _____ de _____.

Fdo. _____